

UNE POSSIBLE MALTRAITANCE ?

Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant

Nathalie Vabres, Juliette Fleury, Georges Picherot

Unité d'accueil des enfants en danger, clinique médicale pédiatrique, HME-CHU, 44093 Nantes Cedex 1.
Nathalie.vabres@chu-nantes.fr

Le diagnostic de maltraitance est difficile : voir et entendre ce que les parents nous montrent implique d'être averti pour pouvoir saisir l'occasion de protéger l'enfant.¹ En effet, il faut rappeler que la plupart des familles maltraitantes sont en grande souffrance et demandent de l'aide à leur façon quand elles viennent consulter.²

Cette pathologie de l'enfant peut avoir des conséquences graves : décès dans les cas extrêmes, séquelles physiques dues à des blessures graves (fractures, brûlures), troubles du développement staturo-pondéral et psychomoteur, troubles sensoriels et des apprentissages.³

Plusieurs situations cliniques doivent alerter et conduire le médecin à se poser la question d'une éventuelle maltraitance chez le nourrisson (enfant de moins de 2 ans). Les signes évocateurs d'une agression sexuelle font l'objet d'un encadré spécifique, de même que le syndrome du bébé secoué (v. p. 655 et 657).

Lésions cutanées et osseuses

Devant toute blessure de l'enfant, on doit se poser la question essentielle de la plausibilité.

Le plus souvent lorsqu'un petit enfant, et particulièrement un bébé, a un traumatisme accidentel, les parents consultent immédiatement un médecin ou un service d'urgence, souvent dans un contexte d'anxiété majeure, voire de cul-

pabilité que l'on a du mal à apaiser. Ils ont besoin de raconter en détail les circonstances, et sont attentifs à la douleur de leur enfant, réclamant des antalgiques lorsque leur enfant pleure, avec parfois l'impression que les soins ne sont pas suffisamment rapides.

Lorsque ce comportement habituel de parents bien ajustés aux besoins de leur bébé est absent, cela doit attirer l'attention. L'anamnèse va permettre de recueillir des éléments qui doivent alerter, car ils sont tout à fait inhabituels en traumatologie du nourrisson :

- **les circonstances** dans lesquelles se sont produites la ou les lésions ;
- **les explications** de la famille ; absence d'explication ou explications variables dans le temps en fonction des questions, voire accusation d'un grand frère ou d'une grande sœur en bas âge ;
- **la prise en charge** par la famille : délai de plusieurs heures, voire plusieurs

jours, entre la constatation des lésions et la consultation ; non-reconnaissance de la douleur de l'enfant ; peu de marques d'empathie à son égard ; prise en charge inadéquate ; préoccupations centrées sur les besoins des adultes ;

- **la nature de la lésion** elle-même, incompatible avec les explications fournies, forme, localisation, âge de la lésion, et surtout avec l'âge de l'enfant ;

- **la découverte d'une lésion traumatique** au cours de l'examen clinique alors que le motif de consultation est tout autre et semble bénin (régurgitations, constipation) ;

- **l'expression de la douleur** chez l'enfant ; un enfant qui a une lésion traumatique habituellement douloureuse et qui ne pleure pas doit éveiller l'attention, de même que l'absence de mouvements de retrait lorsqu'on l'examine ou que l'on pratique des soins, ou encore un enfant trop sage qui se laisse anormalement faire au regard de son âge et de la blessure ; l'absence de reconnaissance de la douleur par la famille est également inquiétante ;

- **les antécédents** : accidents domestiques répétés (notion de traumatismes peu clairs, d'intoxications médicamenteuses accidentelles), facteurs de risque de pathologie du lien (hospitalisation précoce, dépression maternelle, handicap) ou de vulnérabilité (violences conjugales, isolement familial, toxicomanie).



Dans www.larevuedupraticien.fr

Retrouver sur le sommaire électronique du numéro les liens vers les recommandations de la HAS et *La Gazette* de la SOFOP.

Une incompatibilité entre la nature de la lésion et l'âge de l'enfant ou les explications fournies doit faire évoquer un traumatisme infligé.

Ecchymoses

Les ecchymoses chez le petit enfant sont fréquentes lorsqu'il commence à se déplacer : les localisations siègent surtout sur les zones cutanées externes, exposées en cas de chute ou de choc : genoux, face antérieure des jambes, front (v. figure) ; elles sont exceptionnelles avant 8 mois.⁴

En cas de chute de faible hauteur (table à langer, bras des parents, canapés), un seul gros impact est constaté. Il en va de même en cas de chute dans les escaliers qui occasionne moins de 7 % de fractures et moins de 3 % de blessures à plus d'un endroit.⁴

Il faut être très vigilant devant des ecchymoses multiples d'âges différents dans une même région du corps :⁴ par exemple, lésions multiples du visage comportant les joues, les oreilles, les mandibules, lésions multiples de la partie charnue des fesses, le long du dos ou à la face postérieure des jambes.

Les ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou de doigts adultes (ecchymoses arrondies en cas de forte pression ou lignes verticales en cas de gifles),⁴ sont particulièrement suspectes de traumatisme infligé, ainsi que les ecchymoses localisées sur des zones

ALBANE, 1 mois et demi, est vue aux urgences une nuit pour pleurs incessants : l'examen général est normal en dehors d'une très petite ecchymose ronde bleutée d'à peine 5 mm de diamètre sur la joue droite ; les parents disent ne pas l'avoir remarquée auparavant ; elle rentre à domicile après avoir eu un bilan de coagulation qui est normal. Cinq jours après, elle revient pour un malaise avec gêne respiratoire ; la maman a constaté un crachat sanglant, la radiographie pulmonaire montre un œdème bilatéral des sommets qui disparaît en 48 heures. Suite au signalement, le père reconnaît avoir plusieurs fois tenté de faire taire son bébé en lui appliquant la main sur le visage. •

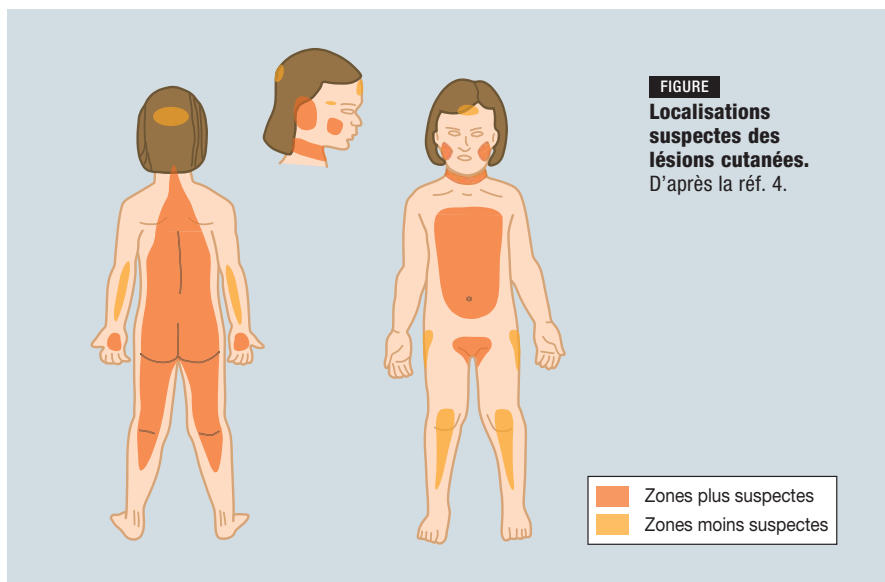


FIGURE
Localisations
suspectes des
lésions cutanées.
D'après la réf. 4.

cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses, le cou (v. figure).

Chez le nourrisson qui ne se déplace pas, la présence d'une ecchymose est un signe d'alerte grave et l'absence d'explication plausible doit conduire à une hospitalisation.

Brûlures

Les brûlures accidentelles, par contact ou par liquide bouillant, ont en général des bordures et des profondeurs inégales ; les brûlures à bords nets sans écla-boussures (p. ex. en gants par immersion des mains, ou brûlures de cigarette bien rondes) sont plus suspectes de traumatisme infligé. Les brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (périnée, fesses) sont également suspectes.⁴

Les brûlures circonférentielles par frottement aux poignets ou aux chevilles ne peuvent pas correspondre au port de chaussettes ou de bracelets trop serrés, mais à une contention par des liens.

Morsures

Les morsures d'enfant siègent sur les zones découvertes et accessibles ; et

l'écart entre les incisives est inférieur à 3 cm. Les morsures de dimension supérieure évoquent un sévère par un adulte.

Fractures

Comme pour les lésions cutanées, les fractures chez un nourrisson qui ne se déplace pas sont très suspectes. La majorité des fractures accidentelles surviennent après l'âge de 5 ans.⁴ Certaines fractures sont plus spécifiques des violences physiques par leur type et leur localisation (v. tableau) :⁴

- fractures de côtes : bébé serré fortement ou secoué ;
- fractures métaphysaires à type de petits arrachements osseux (tibia, fémur, humérus proximal) provoquées par des gestes de traction et de torsion ;
- fractures complexes du crâne ;
- décollements épiphysaires : humérus distal et proximal, fémur.

D'autres types de fractures sont moins spécifiques mais plus fréquents : les réactions périostées (torsion), et les fractures diaphysaires des os longs par coup direct (transverse) ou par torsion (oblique ou spiroïde).⁴

Toute fracture avant l'âge de la marche doit faire suspecter un traumatisme infligé et impose une hospitalisation.

Spécificité élevée

- Lésions métaphysaires classiques (de type arrachement avec fracture de coin ou en anse de seau)
- Fractures de côtes postéro-médiales
- Fractures de l'omoplate
- Fractures des apophyses épineuses
- Fractures du sternum

Spécificité modérée

- Fractures multiples
- Fractures de différents âges
- Décollements épiphysaires
- Fractures et subluxations des corps vertébraux
- Fractures de doigts
- Fractures complexes du crâne

Spécificité faible

- Réactions périostées
- Fractures de la clavicule
- Fractures diaphysaires des os longs
- Fractures linéaires du crâne

D'après la réf. 4.

Cassure de poids et troubles du développement par carence affective grave

La carence affective et le défaut de soins sont une forme très particulière et insidieuse de maltraitance. Les conséquences sur le développement de l'enfant peuvent être très graves, mauvaise prise de poids pouvant aller jusqu'à la cassure de taille (nanisme psychosocial), troubles du développement psychomoteur pouvant parfois conduire au développement dysharmonique et à la déficience intellectuelle.³ Leur dépistage précoce représente un enjeu important de santé publique, et doit conduire à mettre en place des étayages multiples auprès de l'enfant et de sa famille, particulièrement par l'intermédiaire de la Protection maternelle et infantile (PMI) et des autres services du Conseil général. Dans de nombreuses situations, la famille peut être associée à ces démarches. ►►

Le syndrome du bébé secoué

Élisabeth Briand-Huchet*, Jon Cook**

* Centre de référence MSN, service de pédiatrie et réanimation néonatales, hôpital Antoine-Béclère, 92140 Clamart. elisabeth.briand@abc.aphp.fr

** Inserm U 988/CERMES, site CNRS, 94801 Villejuif Cedex. cook@vjf.cnrs.fr

Cette forme particulière de traumatisme crânien infligé est de diagnostic difficile, donc de fréquence sous-estimée, car les signes d'appel sont variés et souvent peu spécifiques. L'affirmation du mécanisme causal de secouement repose sur des critères actuellement discutés dans le cadre d'une audition publique. Ce travail clarifiera la conduite à tenir afin d'assurer à l'enfant une prise en charge et une protection adaptées, et devrait conduire à des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

Il existe de nombreuses controverses autour du syndrome du bébé secoué depuis sa reconnaissance tardive (John Caffey, 1972) au sein de la problématique générale de l'enfant battu, décrite plus d'un siècle auparavant (Ambroise Tardieu, 1860). Mais la compréhension des lésions dues au secouement a été améliorée par les techniques modernes d'imagerie, les travaux physiopathologiques et anatomo-pathologiques, et les études biomécaniques. En effet, le secouement entraîne de violents mouvements d'accélération-décélération, avec souvent une composante rotationnelle. Il génère des lésions multiples : hématomes sous-duraux, contusion cérébrale, lésions axonales diffuses, œdème cérébral, hémorragies rétinienues, lésions médullaires... Il peut s'accompagner d'un impact crânien. Le bilan montre souvent d'autres lésions de violence associées ou anciennes, éliminant ainsi les diagnostics différentiels.

Pour le médecin généraliste ou pédiatre, savoir penser rapidement à ce diagnostic chez un nourrisson de moins de un an est primordial pour limiter séquelles et risques de récurrence. Dans les cas les plus graves, un état de mal convulsif conduit d'emblée à une hospitalisation rapide en réanimation, ou la mort inattendue du nourrisson fait l'objet de la prise en charge codifiée par la HAS en 2007.

Souvent, les premiers symptômes sont plus flous, peu spécifiques et peuvent durer

plusieurs jours avant que l'enfant soit amené en consultation ou que le diagnostic d'atteinte neurologique soit évoqué :

- malaise, troubles de la vigilance, convulsion, hypotonie, pauses respiratoires ;
 - troubles du comportement (enfant moins souriant, grognon), moins bon contact, bébé douloureux (geignements, irritabilité) ;
 - pâleur anormale (en lien avec l'anémie) ;
 - mauvaise prise des biberons, vomissements répétés sans diarrhée égarant le diagnostic.
- L'examen clinique systématique sur un enfant déshabillé peut mettre en évidence des signes évocateurs : fontanelle bombante, augmentation du périmètre crânien, ecchymoses (fréquentes mais non obligatoires, surtout évocatrices si thoraciques, scapulaires ou sous-clavières)... Certains facteurs peuvent orienter le diagnostic :

- enfant de sexe masculin ;
 - ancien prématuré, jumeau ;
 - pleurs jugés excessifs ;
 - délai entre le début des symptômes et le recours aux soins ;
 - circonstances rapportées peu claires, changeantes, discordantes avec l'âge ou les capacités psychomotrices de l'enfant, description d'un traumatisme minime alors qu'il ne peut s'agir que d'un acte violent.
- Ce syndrome peut être vu dans tous les milieux socio-économiques, sans exception, avec souvent une méconnaissance des besoins normaux d'un bébé.

Cliniquement, c'est le plus souvent l'association de plusieurs de ces éléments qui fait suspecter un hématome sous-dural d'origine non accidentelle. Le médecin doit immédiatement faire part aux parents de son inquiétude sur la santé de l'enfant et le faire hospitaliser pour que soient réalisés des examens spécifiques, en premier lieu une tomodensitométrie cérébrale et un fond d'œil.

L'évaluation pluridisciplinaire aboutit à une transmission d'information préoccupante ou à un signalement, pour assurer la protection de l'enfant et permettre la prise en charge des soins et de la rééducation, liés aux séquelles souvent lourdes pour lesquelles l'enfant doit être correctement indemnisé. •

É. Briand-Huchet, J. Cook déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

► Mort inexpliquée

Le nombre d'infanticides (homicides avant l'âge de 1 an) serait plus de 10 fois plus élevé que selon les statistiques officielles de mortalité, mais l'hypothèse d'une cause intentionnelle est rarement soulevée en France devant une mort inattendue de nourrisson.⁵ Pourtant, toute mort inattendue doit conduire à des investigations scientifiques en milieu pédiatrique et la possibilité d'une maltraitance doit toujours être envisagée.⁶

MARIN est vu à l'âge de 1 mois et 7 jours par son médecin traitant en consultation systématique.

Il n'a jamais été allaité et son poids a peu progressé ; il n'est que 110 g au-dessus de son poids de naissance. La maman dit de pas s'être rendu compte de son état de dénutrition, et que pourtant il prend bien ses 6 biberons de 120 mL par jour ; à l'examen, il est très difficile de rentrer en contact visuel avec ce bébé très hypotonique, il n'a pas de sourire réponse et ne tient pas sa tête ; la mère accepte l'hospitalisation pour bilan et observation. Marin est un bébé qui dort beaucoup. Lorsqu'il se réveille, il ne se manifeste pas, pleure très peu. Sa mère, bien que présente physiquement, ne l'entend pas toujours, le laisse dans son lit quand il est éveillé, montre de grandes difficultés dans le portage, l'accrochage du regard, les soins de maternage. Le bilan à la recherche d'une maladie métabolique et d'une infection et l'échographie transfontanellaire sont normaux. En trois semaines d'hospitalisation avec une alimentation normale au lait premier âge et des soins psychiques mère-bébé, Marin prend 570 g. L'examen neurologique reste fluctuant avec des moments de bon contact et un tonus axial en rapport avec l'âge, et des moments de repli où le contact reste difficile : des soins psychiques sont poursuivis à la sortie, associés à un suivi par la PMI et une travailleuse familiale, dans le cadre d'une « *information préoccupante* ». •

Diagnostics différentiels

Il est essentiel de ne pas se tromper. Les examens complémentaires doivent permettre de chercher d'autres lésions et d'écarter les diagnostics différentiels :

- maladie de la coagulation et particulièrement purpura thrombopénique idiopathique, leucémie ;
- dermatose imitant une brûlure, dermite des prés... ;
- ostéopénie du prématuré ;
- ostéogenèse imparfaite (diagnostic particulièrement difficile chez le nourrisson).

Le même bilan doit toujours être réalisé sous forme de protocole, indépendamment des dires des parents ou des ressentis des professionnels. Il comprend :

- des radiographies de squelette entier à la recherche de lésions osseuses récentes ou anciennes ; la moitié des fractures dues à des violences sont diagnostiquées au cours du bilan osseux systématique ;⁴
- une scintigraphie osseuse à la recherche de foyers d'hyperfixation, particulièrement sur les côtes et les os longs, avec contrôle radiographique à distance à la recherche de cals osseux ;
- un fond d'œil et une imagerie cérébrale.

Une évaluation psychosociale doit y être associée.

Conclusion

Comme pour toute suspicion de maladie grave, et même si le nourrisson semble aller bien, le médecin ne doit pas rester seul avec ses doutes et doit faire hospitaliser l'enfant.⁶

Les familles disent souvent ne pas comprendre l'origine des lésions, ou les attribuent à un traumatisme non plausible. Lorsque le médecin fait part de son inquiétude pour la santé de l'enfant, elles acceptent en général une hospitalisation pour un temps d'observation, des examens complémentaires et des avis spécialisés.

Cette démarche permet de protéger l'enfant, de réaliser une évaluation pluridisciplinaire, tout en associant la famille dans une démarche de soins. •

N. Vabres, J. Fleury et G. Picherot déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

SUMMARY Recognizing clinical signs suggesting child abuse in young children

It is difficult to diagnose child abuse. Any injury to a child should raise the essential question as to its plausibility. Any incompatibility between the nature of the lesion and the child's age, or the explanations given, should suggest intentional injury. The presence of a bruise on an infant too young to move about is a serious warning sign. Any fractures before the infant is able to walk should raise the suspicion of intentional injury. Regardless of the type of abuse noted for an infant, it must be hospitalized. Supplementary examinations, in association with a psychosocial evaluation, will enable exploration for other lesions and the elimination of differential diagnoses. This allows the child to be protected, while including the family in the treatment process.

RÉSUMÉ Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant

Le diagnostic de maltraitance est difficile. Devant toute blessure de l'enfant, on doit se poser la question essentielle de la plausibilité. Une incompatibilité entre la nature de la lésion et l'âge de l'enfant, ou les explications fournies, doit faire évoquer un traumatisme infligé. Chez le nourrisson qui ne se déplace pas, la présence d'une ecchymose est un signe d'alerte grave. Toute fracture avant l'âge de la marche doit faire suspecter un traumatisme infligé. Quel que soit le type de maltraitance évoqué chez un nourrisson, il faut hospitaliser celui-ci. Les examens complémentaires permettront de rechercher d'autres lésions et d'écarter les diagnostics différentiels, associés à une évaluation psychosociale. Cela permet de protéger l'enfant tout en associant la famille aux soins.

RÉFÉRENCES

1. Roussey M, Kremp O. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Paris, Doin éd., 2010.
2. Circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985.
3. Rapoport D, Roubergue-Schlumberger A. Blanche-Neige, les sept nains et... autres maltraitances. La croissance empêchée. Paris, Belin éd., 2003.
4. Labbé J, Vabres N. Les violences physiques faites aux enfants. La gazette de la SOFOP 2010;31. http://www.orthosud.com/docs/gazette_n31_m11_m12_a2010.pdf
5. Tursz A, Gerbouin-Rérolle P. Enfants maltraités : les chiffres et leur base juridique en France. Paris, Lavoisier éd., 2008.
6. Roussey M, Balençon M, Suissa P. Le rôle et la place de l'hôpital dans la protection de l'enfance. Arch Pediatr 2009;16:217-9.
7. Haute Autorité de santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Recommandations professionnelles, 2007 www.has-sante.fr